

富山県内の自治体における ソーシャル・キャピタルと住民の健康 —地域医療・保健支援部門の地域健康調査活動報告—

小林 俊哉 立瀬 剛志 須永 恭子

富山大学地域連携推進機構 地域医療・保健支援部門

はじめに

富山大学は地域社会の自律的發展に貢献するための地域社会に対する窓口機能として、産学連携部門、生涯学習部門、地域づくり・文化支援部門、地域医療・保健支援部門の4部門から成る地域連携推進機構を設置している。このうち地域医療・保健支援部門は、広く地域住民の健康増進を支援する窓口として設置され、地域住民の健康増進と地域づくりを結合し自治体や住民組織と緊密に連携し支援活動を行なっている。地域連携活動として、Area Based を原則として、社会調査等により地域住民の健康状態と暮らしを把握し、データに基づく自治体等の健康環境づくり活動の支援を行なう点に組織としての特徴がある。地域生活学研究に対しては社会医学並びに地域再生の観点からその発展に資することを目指している。その一例として昨今注目を浴びているソーシャル・キャピタルと健康に関してエリアベースドスタディを行なったので本稿にて紹介する。

1. ソーシャル・キャピタルとは

近年、ソーシャル・キャピタルという概念の下、地域住民間相互の人間関係と地域住民の健康との関連が社会医学の分野で注目を集めている。米国の政治学者 Putnam は、ソーシャル・キャピタルという概念を「信頼・規範・ネットワークといっ

た社会組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することにより社会の効率を高めるもの」と定義している¹。近年のソーシャル・キャピタル研究の背景として、経済格差等の社会構造的要因が健康に及ぼす影響を追求する研究が盛んになってきた。具体的には経済格差が人々の信頼感や社会的結束を核とするソーシャル・キャピタルを弱め、結果として健康に悪影響を及ぼすのではないかという観点である。こうした観点から、社会疫学という新しい分野にて注目を浴びることとなったとされている²。特にハーバード大学公衆衛生学講座のイチロー・カワチ教授が1997年に米国内の39州で実施したGeneral social surveyにおいて「たいていの人にはチャンスがあればつけ込もうとする」などの質問項目によってソーシャル・キャピタルを測定した研究が知られている。州別に分析した結果、所得格差があるほど人々の間に信頼感がなくなり死亡率が高くなるという知見が得られている。

2. 調査対象と調査方法

本稿では富山県内の異なる特徴を有する2つの

¹木村美也子 2008「ソーシャル・キャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より—」
J.Nail.Inst.Public.Health,57(3) pp.252-264

² Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D.
Social capital, income inequality, and mortality.
American Journal of Public Health 1997;87:1491-8.

地区におけるソーシャル・キャピタルと住民の健康の関係に着目し、その特徴を明らかにする。検討材料として、富山県内の2つの地区が富山大学と連携して平成22年度と23年度に実施した住民の生活環境と暮らしの調査において収集したデータを用いる。

比較する2つの地区は、一つが富山県西部の山間部の高齢化と人口減少の顕著な過疎地域であり、もう一つが県東部平野部に位置する人口増加の著しい新興住宅地域である。この対照的な2地域におけるソーシャル・キャピタルと住民の健康の関連を検討する。

2.1. T地区の概要と調査方法

まず平成22年度と23年度に実施した、富山県内調査対象地域T地区、F地区における地域特性と「生活環境と暮らしの調査」の概要を以下に記す。

T地区の地域的特徴と調査の概要を以下に紹介する。

T地区は県西部の山間部に位置する。面積は177.58平方キロメートル、人口は776人（平成21年度T地区行政センター資料）。戦後間もなくの昭和22年には人口4253人を数えていたが、それ以降、人口減少が続き現在に至っている。高齢化率も39%を超える典型的な少子高齢化の進んだ過疎地域である。

平成22年12月下旬にT地区に住民票を有する全成人住民604人にアンケート調査票を郵送にて発送し、平成23年3月中旬までに433件を回収した（回収率71.6%）。

次にF地区の地域的特徴と調査の概要を以下に紹介する。

2.2. F地区の概要と調査方法

F地区は県東部の平野部に位置し、面積3.47平方キロメートル、人口は2968人（平成22年国勢調査）。1980年代以降の宅地開発により人口増加

が著しい。特に若年層の人口が多く出生率も高い。平成23年9月初めにF地区に住民票を有する全成人住民2159人（介護施設入所者46名を除く）にアンケート調査票を郵送にて発送し、11月下旬までに1529件を回収した（回収率：70.82%）。本稿では10月下旬までに回収した946件分（回収率44%段階）のデータで解析を行なった結果を基に考察した。アンケート調査項目はT地区に準拠した。

上記2つの調査は、T地区、F地区それぞれが所属する自治体の首長が責任者の社会調査委員会にて内容の審査を受け了承を得て実施した。

2.3. アンケート調査項目

アンケート調査項目として、住民の健康度の指標として住民の主観的健康感を使用した。主観的健康感とは、調査対象者自身が自分ほどの程度健康だと考えているかを示す指標である。1950年代後半より米国で使用され始め、自記式調査票として簡便な指標として特に大規模調査において多用されてきた³。その他に既往歴、家庭環境（家族構成等）、生活習慣（運動、睡眠等）、住民を取り巻くソーシャル・キャピタルの状況等を調査項目とした。ソーシャル・キャピタルの状況は先行研究⁴を参考に質問項目を作成した。個別には、回答者の地域住民への「近隣信頼度」、回答者以外の地域住民が他人の役に立とうとするか否かを問う「近隣貢献度」を問う設問とした。「近隣信頼度」の設問は「あなたは、ご近所の人々は一般的に信用できると思えますか」とし、選択肢として「1 とても信用できる」、「2 まあ信用できる」、「3 どちらともいえない」、「4 あまり信用できない」、「5 全く信用できない」の5つを設定した。変数として1と2を「高い」集団として、3以上を「低い」集

³ 近藤克則編 2008『検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』p10

⁴ 埴淵知哉 近藤克則 村田陽平 平井 寛 2010『「健康な街」の条件—場所に注目した健康行動と社会関係資本の分析』『行動計量学』第37巻 第1号 pp.53-67

団とした。「近隣貢献度」の設問は「あなたはご近所の人々について多くの場合、他の人の役に立とうとする人々だと思いますか」とし、選択肢として「1 とてもそう思う」、「2 まあそう思う」、「3 どちらともいえない」、「4 あまりそう思わない」、「5 全くそう思わない」の5つを設定した。変数として「近隣信頼度」と同様に1と2を「高い」集団として、3以上を「低い」集団とした。

3. 結果 —T 地区と F 地区におけるソーシャル・キャピタルと住民の主観的健康感の関連

前記のソーシャル・キャピタルの各指標を、主観的健康感の「良い」・「悪い」で2分割した指標とクロス集計を行い、95%の信頼区間で χ^2 二乗検定を行なった。その結果、F地区では男女とも近隣信頼度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高く、同様に近隣貢献度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高いことが明らかになった。そしてともに有意差が認められた(表1、表2参照)。T地区でも、F地区と同様に男女とも近隣信頼度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高く、同様に近隣貢献度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高いことが示された。しかし、男性において近隣信頼度、近隣貢

献度と主観的健康感との間に有意な関連を示したが、女性では近隣信頼度において有意な関連はなく、近隣貢献度においては境界有意という結果であった(表3、表4参照)。

以上まとめると、F地区、T地区それぞれのソーシャル・キャピタルの特徴として、男性で近隣信頼度と近隣貢献度の高い集団が主観的健康感も高いという傾向はT地区で見られ、女性では有意差は見られなかった。一方、F地区では男女ともに

表1 F地区における主観的健康感と近隣信頼度のクロス表

性別				近隣信頼度		合計
				高い	低い	
男性	主観的健康感	良い	度数(人)	202	123	325
			信頼度の%	77.7%	68.3%	73.9%
	悪い	度数(人)	58	57	115	
		信頼度の%	22.3%	31.7%	26.1%	
女性	主観的健康感	良い	度数	209	116	325
			信頼度の%	73.9%	61.1%	68.7%
	悪い	度数	74	74	148	
		信頼度の%	26.1%	38.9%	31.3%	

男性 : $p < 0.028$ 女性 : $p < 0.003$

表2 F地区における主観的健康感と近隣貢献度のクロス表

性別				近隣貢献度		合計
				高い	低い	
男性	主観的健康感	良い	度数(人)	157	166	323
			信頼度の%	78.9%	69.5%	73.7%
	悪い	度数(人)	42	73	115	
		信頼度の%	21.1%	30.5%	26.3%	
女性	主観的健康感	良い	度数(人)	163	159	322
			信頼度の%	75.1%	63.3%	68.8%
	悪い	度数(人)	54	92	146	
		信頼度の%	24.9%	36.7%	31.2%	

男性 : $p < 0.025$ 女性 : $p < 0.006$

近隣信頼度、近隣貢献度の高さと主観的健康感の高さに関連が見られた。

T地区でも、F地区と同様に男女とも近隣信頼度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高く、同様に近隣貢献度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高いことが示された。

しかし、男性において近隣信頼度、近隣貢献度と主観的健康感との間に有意な関連を示したが、女性では近隣信頼度において有意な関連はなく、近隣貢献度においては境界有意という結果であった（表3、表4参照）。

今回のアンケート調査では質問項目として、「体力や気力がもたないため、地域活動への参加を制限または控えていますか」という項目を設けており「はい」、「いいえ」の2択で回答している。その結果を性別でクロス集計した結果が表5である。体力・気力がもたないため地域活動の参加を控えるという回答は女性の方が、割合として男性よりも6%多いことが明らかになった。しかし、このクロス集計の結果について χ^2 二乗検定では有意差は示されなかった。そこで同様に、地域活動への参加動機や参加頻度についても性別でクロス集計を行ったが、これについても有意差を示す結果は得られなかった。そのため地域活動の強度、参加頻度、参加動機以外の要因を検討する必

表3 T地区における主観的健康感と近隣信頼度のクロス表

性別			近隣信頼度		合計	
			高い	低い		
男性	主観的健康感	良い	度数(人)	137	12	149
			信頼度の%	77.8%	42.9%	73.0%
	悪い	度数(人)	39	16	55	
		信頼度の%	22.2%	57.1%	27.0%	
女性	主観的健康感	良い	度数(人)	110	22	132
			信頼度の%	72.4%	66.7%	71.4%
	悪い	度数(人)	42	11	53	
		信頼度の%	27.6%	33.3%	28.6%	

男性：p<0.000 女性：p<0.511

表4 T地区における主観的健康感と近隣貢献度のクロス表

性別			近隣貢献度		合計	
			高い	低い		
男性	主観的健康感	良い	度数(人)	115	33	148
			信頼度の%	77.7%	63.5%	74.0%
	悪い	度数(人)	33	19	52	
		信頼度の%	22.3%	36.5%	26.0%	
女性	主観的健康感	良い	度数(人)	93	34	127
			信頼度の%	75.0%	60.7%	70.6%
	悪い	度数(人)	31	22	53	
		信頼度の%	25.0%	39.3%	29.4%	

男性：p<0.044 女性：p<0.052

表5 体力・気力の問題で地域活動を控えるT地区住民の男女別割合

			参加を控える		合計
			はい	いいえ	
性別	男性	度数	57	129	186
		性別	30.6%	69.4%	100%
	女性	度数	56	97	153
		性別	36.6%	63.4%	100%

全体：p<0.247

要がある。

4. 考察

以上をまとめると、F 地区、T 地区それぞれのソーシャル・キャピタルの特徴として、男性で近隣信頼度と近隣貢献度の高い集団が主観的健康感も高いという傾向は T 地区で見られ、女性では有意差は見られなかった。一方、F 地区では男女ともに近隣信頼度、近隣貢献度の高さと主観的健康感の高さに関連が見られた。

今回の分析より、F 地区では、性別を問わず住民全体で近隣信頼度、近隣貢献度が主観的健康感に関連しているが、T 地区では男性にのみ関連性があることがわかった。なぜ T 地区の女性では近隣信頼度、近隣貢献度と主観的健康感の関連に有意差が示されなかったのだろうか。

推定できる要因としては、近隣信頼度を高める要因となる地域活動の担い手として、常勤の職業がある男性よりも、女性が地域活動の主要な担い手となることが多く、そのため体力面・気力面で疲弊してしまうことが考えられる。

5. 今後の展望

今回、主観的健康感に対してソーシャルキャピタルを構成する近隣信頼度と近隣貢献度が関連していることが示された。ただし地域によって性差がみられたことに関しては十分に検討できていない。また本稿では単なるクロス集計でのみの検討で、他の変数や因果関係にまで踏み込んだ分析はしていない。今後本報告データを用いて研究する際に地域の特性（年齢・性・ソーシャル・キャピタルの寄与因子等）を考慮した分析によりソーシャル・キャピタルの地域間での違いを把握することが重要である。

今回使用したデータは、地域の特性を活かした健康環境づくりの指針として役立てるべく収集さ

れた。地域医療・保健支援部門は、データ収集における調査票設計と調査結果の分析により特徴的な地域への支援を行っている。今後、こうしたデータの集積と地域への還元を含めて地域生活学の健康な地域作り拠点としての機能を本部門において強化していく所存である。

（受理 2012 年 3 月 14 日）